

BAB II

METODE PENENTUAN BIAYA SATUAN (*UNIT COST*)

2.1. Klinik

2.1.1. Pengertian Klinik

Definisi Klinik yang tercantum dan diatur dalam Permenkes RI No.9, 2014 menegaskan bahwa Klinik adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan dan menyediakan pelayanan medis dasar dan atau spesialisik, diselenggarakan oleh lebih dari satu jenis tenaga kesehatan dan dipimpin oleh seorang tenaga medis. Di dalam undang – undang tersebut, klinik juga diklasifikasikan berdasarkan kepemilikannya. Klasifikasi Klinik di Indonesia terbagi dalam dua jenis, yakni:

1. Klinik Pratama

Klinik pratama merupakan klinik yang menyelenggarakan pelayanan medik dasar yang dilayani oleh dokter umum dan dipimpin oleh seorang dokter umum. Berdasarkan perizinannya klinik ini dapat dimiliki oleh badan usaha ataupun perorangan.

2. Klinik Utama

Klinik utama merupakan klinik yang menyelenggarakan pelayanan medik spesialisik atau pelayanan medik dasar dan spesialisik. Spesialisik berarti mengkhususkan pelayanan pada satu bidang tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ atau jenis penyakit tertentu. Klinik ini

dipimpin seorang dokter spesialis ataupun dokter gigi spesialis. Berdasarkan perijinannya klinik ini hanya dapat dimiliki oleh badan usaha berupa CV, ataupun PT.

Adapun perbedaan antara klinik pratama dan klinik utama adalah:

- 1) Pelayanan medis pada klinik pratama hanya pelayanan medis dasar, sementara pada klinik utama mencakup pelayanan medis dasar dan spesialis
- 2) Pimpinan klinik pratama adalah dokter atau dokter gigi, sementara pada klinik utama pimpinannya adalah dokter spesialis atau dokter gigi spesialis
- 3) Layanan di dalam klinik utama mencakup layanan rawat inap, sementara pada klinik pratama layanan rawat inap hanya boleh dalam hal klinik berbentuk badan usaha
- 4) Tenaga medis dalam klinik pratama adalah minimal dua orang dokter atau dokter gigi, sementara dalam klinik utama diperlukan satu orang spesialis untuk masing-masing jenis pelayanan.

Adapun bentuk pelayanan klinik dapat berupa:

- 1) Rawat jalan;
- 2) Rawat inap;
- 3) *One day care*;
- 4) *Home care*;
- 5) Pelayanan 24 jam dalam 7 hari.

Perlu ditegaskan lagi bahwa klinik pratama yang menyelenggarakan rawat inap, harus memiliki izin dalam bentuk badan usaha. Mengenai kepemilikan klinik, dapat dimiliki secara perorangan ataupun badan usaha. Bagi klinik yang menyelenggarakan rawat inap maka klinik tersebut harus menyediakan berbagai fasilitas yang mencakup:

- 1) Ruang rawat inap yang memenuhi persyaratan;
- 2) Minimal 5 tempat tidur, maksimal 10 tempat tidur, dengan lama inap maksimal 5 hari;
- 3) Tenaga medis dan keperawatan sesuai jumlah dan kualifikasi;
- 4) Dapur gizi dan
- 5) Pelayanan laboratorium klinik pratama (Permenkes RI No.9, 2014).

Mengenai ketenagaan pada klinik pratama, pimpinan klinik pratama adalah seorang dokter atau dokter gigi. Pimpinan klinik utama adalah dokter spesialis atau dokter gigi spesialis yang memiliki kompetensi sesuai dengan jenis kliniknya. Pimpinan klinik sebagaimana dimaksud pada perundang-undangan merupakan penanggung jawab klinik dan merangkap sebagai pelaksana pelayanan. Jenis, kualifikasi, dan jumlah tenaga kesehatan lain serta tenaga non kesehatan disesuaikan dengan kebutuhan dan jenis pelayanan yang diberikan oleh klinik atau tergantung pada pihak penyelenggara klinik.

Setiap tenaga kesehatan yang bekerja di klinik harus bekerja sesuai dengan standar profesi, standar prosedur operasional, standar pelayanan, etika profesi, menghormati hak pasien, mengutamakan kepentingan dan keselamatan pasien.

dan juga klinik dilarang mempekerjakan tenaga kesehatan warga negara asing (Permenkes RI No.9, 2014).

Setiap tenaga medis yang berpraktik di klinik harus mempunyai surat tanda registrasi dan surat izin praktik (SIP) sesuai ketentuan peraturan perundang - undangan. Begitu juga tenaga kesehatan lain yang bekerja di klinik harus mempunyai surat izin sebagai tanda registrasi/ surat tanda registrasi dan surat izin kerja (SIK) atau surat izin praktik apoteker (SIPA) sesuai ketentuan peraturan perundang – undangan.

Dalam penyelenggaraannya, suatu Klinik harus memiliki spesifikasi tertentu mengenai bangunan dan ruangan. Klinik diselenggarakan pada bangunan yang permanen dan tidak bergabung dengan tempat tinggal atau unit kerja lainnya. Bangunan klinik juga harus memenuhi persyaratan lingkungan sehat sesuai dengan ketentuan perundang-undangan. Bangunan klinik juga harus memperhatikan fungsi, keamanan, kenyamanan dan kemudahan dalam pemberian pelayanan serta perlindungan dan keselamatan bagi semua orang termasuk penyandang cacat, anak-anak dan orang usia lanjut.

Untuk prasarana yang harus dimiliki oleh suatu klinik berdasarkan permenkes RI No.9, 201 meliputi:

- Instalasi Listrik;
- Instalasi Air;
- Sirkulasi Udara;
- Sarana Pengelolaan Limbah;

- Pencegahan dan Penanggulangan Kebakaran;
- Sarana lainnya sesuai kebutuhan.

Prasarana sebagaimana dimaksud di atas harus dalam keadaan terpelihara dan berfungsi dengan baik.

Kemudian jika membahas mengenai peralatan klinik, klinik harus dilengkapi dengan peralatan medis dan nonmedis yang memadai sesuai dengan jenis pelayanan yang diberikan. Peralatan medis dan nonmedis ini harus memenuhi standar mutu, keamanan, dan keselamatan. Selain memenuhi standar, peralatan medis juga harus memiliki izin edar sesuai ketentuan peraturan perundang – undangan. Peralatan medis yang menggunakan radiasi pengion harus mendapatkan izin sesuai dengan ketentuan perundang – undangan. Penggunaan peralatan medis untuk kepentingan penegakan diagnosis, terapi dan rehabilitasi harus berdasarkan indikasi medis (Permenkes RI No.9, 2014).

Dalam hal perijinan, untuk mendirikan dan menyelenggarakan klinik harus mendapat izin dari pemerintah daerah kabupaten/kota setelah mendapatkan rekomendasi dari dinas kesehatan kabupaten/kota setempat. Dinas kesehatan kabupaten/kota mengeluarkan rekomendasi setelah klinik memenuhi ketentuan persyaratan klinik. Permohonan izin klinik diajukan dengan melampirkan:

- Surat rekomendasi dari dinas kesehatan setempat;
- Salinan/fotokopi pendirian bahan usaha kecuali untuk kepemilikan perorangan;
- Identitas lengkap pemohon;

- Surat keterangan persetujuan lokasi dari pemerintah daerah setempat;
- Bukti hak kepemilikan atau penggunaan tanah atau izin penggunaan bangunan untuk penyelenggaraan kegiatan bagi milik pribadi atau surat kontrak minimal selama 5 (lima) tahun bagi yang menyewa bangunan untuk penyelenggaraan kegiatan;
- Dokumen upaya pengelolaan lingkungan (UKL) dan upaya pemantauan lingkungan (UPL);
- Profil klinik yang akan didirikan meliputi struktur organisasi kepengurusan, tenaga kesehatan, sarana dan prasarana, dan peralatan serta pelayanan yang diberikan;
- Persyaratan administrasi lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang – undangan.

Izin klinik diberikan untuk jangka waktu 5 (lima) tahun dan dapat diperpanjang dengan mengajukan permohonan perpanjangan 6 (enam) bulan sebelum habis masa berlaku izinnya. Pemerintah daerah kabupaten/kota dalam waktu 3 (tiga) bulan sejak permohonan diterima harus menetapkan menerima atau menolak permohonan izin atau permohonan perpanjangan izin. Permohonan yang tidak memenuhi syarat ditolak oleh pemerintah daerah kabupaten/kota dengan memberikan alasan penolakannya kepada pihak penanggung jawab klinik pratama yang bersangkutan (Permenkes RI No.9, 2014).

2.1.2. Hak dan Kewajiban Klinik serta Kewajiban Pihak Penyelenggara Klinik

Menurut Permenkes No.9, 2014 pasal 36, setiap Klinik mempunyai hak dan kewajibannya. Hak dan kewajiban klinik yaitu:

a. Hak Klinik

- menerima imbalan jasa pelayanan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam mengembangkan pelayanan;
- menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian;
- mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan pelayanan kesehatan; dan
- mempromosikan pelayanan kesehatan yang ada di Klinik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

b. Kewajiban Klinik

- memberikan informasi yang benar tentang pelayanan yang diberikan;
- memberikan pelayanan yang efektif, aman, bermutu, dan nondiskriminasi dengan mengutamakan kepentingan terbaik pasien sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan dan standar prosedur operasional;

- memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya tanpa meminta uang muka terlebih dahulu atau mendahulukan kepentingan finansial;
- memperoleh persetujuan atas tindakan yang akan dilakukan (*informed consent*);
- menyelenggarakan rekam medis;
- melaksanakan sistem rujukan dengan tepat;
- menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan;
- menghormati dan melindungi hak-hak pasien;
- memberikan informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
- melaksanakan kendali mutu dan kendali biaya berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- memiliki standar prosedur operasional;
- melakukan pengelolaan limbah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- melaksanakan fungsi sosial;
- melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan;
- menyusun dan melaksanakan peraturan internal klinik; dan
- memberlakukan seluruh lingkungan klinik sebagai kawasan tanpa rokok.

c. Kewajiban Pihak Penyelenggara Klinik

Pihak penyelenggara klinik memiliki kewajiban yaitu:

- Memasang papan nama klinik;
- Membuat daftar tenaga medis dan tenaga kesehatan lainnya yang bekerja di klinik beserta nomor surat tanda registrasi (STR) dan surat izin praktik (SIP) atau surat izin kerja (SIK) dan surat izin praktik apoteker (SIPA) bagi apoteker;
- Melaksanakan pencatatan untuk penyakit-penyakit tertentu dan melaporkan kepada dinas kesehatan kabupaten/kota dalam rangka melaksanakan program pemerintah sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan penyelenggaraan klinik ini dilakukan oleh pemerintah dan pemerintah daerah. Bagi klinik yang melakukan pelanggaran, maka pemerintah dapat mengenakan sanksi administratif berupa teguran, teguran tertulis dan pencabutan izin (Permenkes RI No.9, 2014).

2.2. Persalinan Normal

2.2.1. Definisi Persalinan Normal

Persalinan Normal adalah proses persalinan yang melalui kejadian secara alami dengan adanya kontraksi rahim ibu dan dilalui dengan pembukaan untuk mengeluarkan bayi. Dari Pengertian diatas Persalinan adalah proses alamiah

dimana terjadi dilatasi servik, lahirnya bayi dan plasenta dari rahim ibu. Persalinan Normal disebut juga alami karena terjadi secara alami.

Pemahaman mengenai definisi persalinan normal di Indonesia beragam. Misalnya Manuaba (2009) mengemukakan bahwa persalinan adalah proses alami yang akan berlangsung dengan sendirinya, tetapi persalinan pada manusia setiap saat terancam terjadi kesulitan yang dapat membahayakan ibu maupun janinnya sehingga memerlukan pengawasan, pertolongan, dan pelayanan dengan fasilitas yang memadai.

Menurut Saifudin (2010), persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada usia kehamilan yang cukup (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin. Hampir sebagian besar persalinan merupakan persalinan normal, hanya sebagian saja (12-15%) merupakan persalinan patologik.

Kemudian Wahyuni (2014) berpendapat bahwa persalinan berlangsung secara alamiah, tetapi tetap diperlukan pemantauan khusus karena setiap ibu memiliki kondisi kesehatan yang berbeda-beda, sehingga dapat mengurangi risiko kematian ibu dan janin pada saat persalinan. Selain itu, selama kehamilan ataupun persalinan dapat terjadi komplikasi karena kesalahan penolong dalam persalinan, baik tenaga non-kesehatan seperti dukun ataupun tenaga kesehatan khususnya bidan.

Jadi secara umum Persalinan Normal adalah proses persalinan yang melalui kejadian secara alami dengan adanya kontraksi rahim ibu dan dilalui dengan

pembukaan untuk mengeluarkan bayi. Jika Persalinan Normal tidak termungkinkan karena masalah posisi bayi harus dilakukan bedah sesar. Pada saat Persalinan Normal, bayi dilahirkan melalui vagina.

2.2.2. Tahap-Tahap Persalinan Normal

Tahap – tahap persalinan normal menurut Danuatmaja & Meilasari (2004:26-34) terdapat tiga tahap. Tahapan – tahapan dalam persalinan normal tersebut, yaitu:

a. Tahap Persiapan/Laten

Tahap laten adalah periode waktu dari awal persalinan hingga ke titik ketika pembukaan mulai berjalan secara progresif, yang umumnya dimulai sejak kontraksi mulai muncul hingga pembukaan 3-4 sentimeter atau permulaan tahap aktif. Tahap persiapan merupakan tahap terlama karena prosesnya berjam-jam, berhari-hari bahkan berminggu-minggu. Tahap persiapan ditandai dengan terjadinya pembukaan (dilatasi) dan penipisan leher rahim dengan pembukaan leher rahim mencapai 3 cm. Selain itu, ibu mulai merasakan kontraksi yang jelas, berlangsung selama 30-50 detik dengan jarak 5-20 menit. Semakin bertambahnya pembukaan leher rahim, semakin sering kontraksi.

b. Tahap Aktif

Tahap aktif adalah periode waktu dari awal kemajuan aktif pembukaan hingga pembukaan menjadi komplet dan mencakup tahap transisi. Pembukaan umumnya dimulai dari 4 cm (pada akhir tahap laten) hingga 10

cm (akhir kala satu persalinan). Biasanya tahap ini berlangsung lebih pendek dari tahap persiapan. Kegiatan rahim mulai lebih aktif dan banyak kemajuan yang terjadi dalam waktu singkat kontraksi semakin lama (berlangsung 40-60 detik), kuat, dan sering (3-4 menit sekali). Pembukaan leher rahim mencapai 7 cm.

c. Tahap Transisi

Selama tahap transisi, wanita mengakhiri kala satu persalinan pada saat hampir memasuki dan sedang mempersiapkan diri untuk kala dua persalinan. Tahap ini adalah tahap yang paling melelahkan dan berat. Banyak ibu merasakan sakit yang hebat. Hal ini dikarenakan kontraksi meningkat dan menjadi sangat kuat, 2-3 menit sekali selama 60-90 detik. Puncak kontraksi yang sangat kuat dan lamanya hampir sama dengan kontraksi itu sendiri. Ibu merasa seolah – olah kontraksi tidak pernah berhenti dan tidak ada waktu istirahat diantaranya. Pembukaan rahim mencapai 10 cm, umumnya 3 cm terakhir berlangsung sangat cepat, rata-rata 15 menit hingga 1 jam.

Menurut Sarwono (2005), persalinan dibagi menjadi 4 tahap yaitu:

a. Kala I (kala pembukaan)

Kala satu persalinan adalah permulaan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan serviks yang progresif yang diakhiri dengan pembukaan lengkap (10 cm) pada primipara kala I berlangsung kira-kira 13 jam, sedangkan pada multipara kira-kira 7 jam (Varney, 2007). Terdapat 2 fase pada kala satu, yaitu:

1) Fase *laten*

Merupakan periode waktu dari awal persalinan hingga ketitik ketika pembukaan mulai berjalan secara progresif, yang umumnya dimulai sejak kontraksi mulai muncul hingga pembukaan tiga sampai empat sentimeter atau permulaan fase aktif berlangsung dalam 7-8 jam. Selama fase ini presentasi mengalami penurunan sedikit hingga tidak sama sekali.

2) Fase aktif

Merupakan periode waktu dari awal kemajuan aktif pembukaan menjadi komplit dan mencakup fase transisi, pembukaan pada umumnya dimulai dari 3-4 cm hingga 10 cm dan berlangsung selama 6 jam. Penurunan bagian presentasi janin yang progresif terjadi selama akhir fase aktif dan selama kala dua persalinan. Fase aktif dibagi dalam 3 fase, antara lain:

- a. Fase *akselerasi*, yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm
- b. Fase *dilatasi*, yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm
- c. Fase *deselerasi*, yaitu pembukaan menjadi lamban kembali dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap (Prawirohardjo, 2005)

b. Kala II (kala pengeluaran janin)

Menurut Depkes RI (2002), beberapa tanda dan gejala persalinan kala II adalah Ibu merasakan ingin meneran bersamaan terjadinya kontraksi, Ibu merasakan peningkatan tekanan pada rectum atau vaginanya, perineum

terlihat menonjol, vulva vagina dan sfingter ani terlihat membuka, peningkatan pengeluaran lendir darah.

Pada kala II his terkoordinir, kuat, cepat dan lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadi tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara refleks timbul rasa menceda, karena tekanan pada rectum, ibu seperti ingin buang air besar dengan tanda anus terbuka. Pada waktu his kepala janin mulai terlihat, vulva membuka dan perineum meregang. Dengan his menceda yang dipimpin akan lahir kepala dengan diikuti seluruh badan janin. Kala II pada primi: 1½ - 2 jam, pada multi ½ - 1 jam (Mochtar, 2002).

c. Kala III (pengeluaran plasenta)

Menurut Depkes RI (2002), tanda-tanda lepasnya plasenta mencakup beberapa atau semua hal dibawah ini: Perubahan bentuk dan tinggi fundus, tali pusat memanjang, semburan darah tiba-tiba.

Setelah bayi lahir kontraksi rahim istirahat sebentar. Uterus terasa keras dengan fundus uterus setinggi pusat, dan berisi plasenta yang menjadi tebal 2 kali sebelumnya. Beberapa saat kemudian timbul his pelepasan dan pengeluaran uri. Dalam waktu 5-10 menit plasenta terlepas, terdorong ke dalam vagina akan lahir spontan atau sedikit dorongan dari atas simfisis atau fundus uteri. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Pengeluaran plasenta disertai pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc (Mochtar, 2002).

d. Kala IV

Kala pengawasan selama 2 jam setelah plasenta lahir untuk mengamati keadaan ibu terutama bahaya perdarahan postpartum.

2.3. Biaya

2.3.1. Pengertian Biaya

Definisi biaya menurut Munawir (2002:307), yang dimaksud dengan biaya adalah nilai kas atau setara kas yang dikorbankan untuk memperoleh barang dan jasa yang diperkirakan akan memberi manfaat saat kini atau masa depan pada organisasi atau pengorbanan yang terjadi dalam rangka untuk memperoleh barang atau jasa yang bermanfaat. Definisi biaya yang lain dikemukakan oleh Mulyadi (2005:8-9), dimana biaya adalah pengorbanan sumber ekonomis yang diukur dalam satuan uang, yang telah terjadi atau kemungkinan akan terjadi untuk mencapai tujuan tertentu. Sedangkan menurut Hansen dan Mowen (2005:12), pengertian biaya adalah kas atau nilai ekuivalen kas yang dikorbankan untuk mendapatkan barang ataupun jasa yang diharapkan memberi manfaat saat ini atau dimasa depan.

Pada intinya ketiga definisi tersebut memiliki persamaan bahwa konsep biaya adalah pengorbanan sumber ekonomis yang dalam hal ini berwujud kas atau setara kas agar dapat memberikan manfaat tertentu. Manfaat tertentu tersebut digunakan oleh pengguna (*user*) untuk mencapai tujuan yang ingin dicapai dengan informasi yang berasal dari perhitungan biaya tersebut. Pengguna (*user*) dari

informasi biaya tersebut dapat berasal dari dalam perusahaan (*intern*) seperti manajer, atau analisis keuangan, maupun berasal dari luar perusahaan (*ekstern*) seperti investor maupun pemerintah.

2.3.2. Klasifikasi Biaya

Pengklasifikasian biaya memiliki dasar yang berbeda – beda. Hal tersebut sesuai dengan keperluan perhitungan biaya yang diinginkan oleh penggunaannya. Klasifikasi tersebut juga disesuaikan dengan tujuan dari pengguna informasi agar dapat sejalan dengan hasil yang diinginkan sehingga apabila informasi tersebut digunakan untuk pengambilan keputusan tidak memuat informasi yang salah nantinya.

Hansen dan Mowen (2007:72) mengklasifikasikan biaya berdasarkan 2 komponen yakni perubahan jumlah produk dan berdasarkan fungsinya dalam produksi. Klasifikasi tersebut dijabarkan sebagai berikut:

1. Berdasarkan pada perubahan jumlah produk (*Output*)

a. Biaya Tetap (*Fixed Cost*)

Biaya tetap biaya yang secara relatif tidak dipengaruhi oleh jumlah produksi (*output*) yang dihasilkan, Misalnya: Gaji pegawai, biaya gedung.

b. Biaya Variabel (*Variable Cost*)

Biaya variabel adalah biaya yang nilainya dipengaruhi oleh banyaknya produksi (*output*). Pada umumnya besar volume produksi sudah direncanakan secara rutin. Oleh sebab itu biaya variabel sering juga

disebut sebagai biaya rutin. Contohnya adalah biaya obat, biaya alat, biaya bahan habis pakai dimana besarnya akan berbeda jika pasien sedikit dibandingkan pasien yang banyak.

c. Biaya Semi Variabel (*Semi Variable Cost*)

Biaya semi variabel adalah biaya yang mengandung biaya tetap, tetapi juga mengandung biaya tidak tetap. Contohnya adalah biaya insentif penerimaan selain gaji yang besar kecilnya tergantung pada banyak sedikitnya jumlah pelayanan yang diberikan.

d. Biaya Total (*Total Cost*)

Biaya total adalah jumlah dari biaya tetap (*fixed cost*) dan variable (*variable cost*) atau ($Total Cost = Fixed Cost + Variable Cost$).

2. Berdasarkan Fungsinya dalam Proses Produksi

a. Biaya Langsung

Biaya langsung adalah biaya yang berkaitan langsung dengan pelayanan atau biaya yang ditetapkan pada unit-unit yang berkaitan dengan pelayanan (unit produksi). Contoh biaya langsung pada pelayanan kesehatan adalah biaya yang dikeluarkan pada pelayanan rawat jalan, rawat inap, ICU.

b. Biaya Tidak Langsung

Biaya tidak langsung adalah biaya yang digunakan secara tidak langsung demi kelancaran proses produksi (pelayanan). Contoh dari biaya tidak langsung antara lain adalah biaya alat tulis, administrasi, transportasi.

2.3.3. Pusat Biaya

Biaya – biaya yang sudah diklasifikasikan kemudian akan dikelompokkan kembali menjadi pusat – pusat biaya. Salah satu definisi pusat biaya dikemukakan oleh Supriyono (2001:25). Beliau mengungkapkan bahwa pusat biaya adalah suatu pusat pertanggung jawaban atas suatu unit organisasi dalam suatu organisasi yang prestasi manajernya dinilai atas dasar biaya dalam pusat pertanggung jawaban yang dipimpinnya. Pada dasarnya pusat biaya dibagi dalam 2 (dua) bagian:

1. Pusat Biaya Penunjang

Pusat biaya penunjang merupakan unit-unit yang tidak langsung menghasilkan produk rumah sakit, seperti: unit pimpinan (direksi), tata usaha, unit pemeliharaan, laundry, unit gizi dan lain sebagainya.

2. Pusat Biaya Produksi

Pusat biaya produksi merupakan unit dimana produk (pelayanan) rumah sakit langsung diterima oleh konsumen (pasien) sehingga hasilnya merupakan pendapatan rumah sakit, seperti laboratorium, radiologi, poliklinik rawat jalan, unit gawat darurat, unit rawat inap, unit pelayanan persalinan, dan sebagainya.

2.4. Pengukuran dan Penentuan Biaya Satuan (*Unit Cost*)

2.4.1. Pengukuran Biaya Klinik

Pengukuran biaya sangat bergantung pada kemampuan untuk menelusuri (*traceability*). Hal tersebut akan menentukan tingkat keakuratan pada proses pembebanan biayanya. Keakuratan yang dimaksud adalah suatu konsep yang relative dan harus dilakukan secara logis terhadap penggunaan metode pembebanan biaya. Tujuan pembebanan biaya yang tepat digunakan agar dapat menghasilkan informasi yang benar guna pengambilan keputusan.

Proses pembebanan dan perhitungan biaya yang terjadi dalam Ilmu Akuntansi memiliki istilah yang berbeda dalam Ilmu Kesehatan. Dalam Ilmu kesehatan, proses tersebut disebut dengan analisis biaya. Analisis biaya sering dilakukan di lingkup klinik. Analisis biaya klinik didiskripsikan sebagai suatu kegiatan menghitung biaya klinik untuk berbagai jenis pelayanan yang ditawarkan, baik secara total maupun per unit atau per pasien.

Seperti halnya pengukuran biaya dalam ilmu Akuntansi, analisis biaya yang dilakukan di klinik juga memiliki berbagai tujuan. Analisis biaya klinik ini bertujuan antara lain untuk mendapatkan gambaran mengenai unit atau bagian yang merupakan pusat biaya serta pendapatan, melihat gambaran biaya pada unit tersebut yang meliputi biaya tetap dan biaya variabel yang pada akhirnya akan menggambarkan pendapatan klinik. Proses analisis biaya ini digunakan untuk memperoleh:

- a. Informasi untuk kebijakan tarif dan subsidi serta kebijaksanaan pengendalian biaya.

- b. Dasar pertimbangan dalam negosiasi dengan pihak-pihak yang akan mengadakan kontrak dengan menggunakan jasa klinik.
- c. Pertanggungjawaban tentang efektifitas biaya kepada pihak yang berkepentingan.
- d. Dasar untuk perencanaan anggaran yang akan datang

2.4.2. Metode Penelusuran Biaya

Pengukuran biaya klinik yang terkait dengan ketertelusuran akan berdampak pada keakuratan dalam pembebanan biaya itu sendiri. Pembebanan biaya (*tracing*) memiliki arti sebagai suatu proses pembebanan aktual oleh sumber daya yang dikonsumsi oleh objek biaya dengan menggunakan ukuran yang dapat diamati atas sumber daya yang dikonsumsi oleh objek biaya (Hansen dan Mowen, 2009:50).

Berdasarkan tingkat ketertelusurannya biaya terbagi dalam dua jenis yakni biaya langsung (*direct cost*) dan biaya tidak langsung (*indirect cost*). Biaya langsung (*direct cost*) merupakan biaya yang dapat ditelusuri dengan mudah dan akurat dalam proses pembebanan biaya. Berbeda dengan biaya langsung, biaya tidak langsung (*indirect cost*) merupakan komponen biaya yang tidak dapat ditelusuri dengan mudah dan akurat dalam proses pembebanan biaya. (Hansen dan Mowen, 2009:50).

Dalam proses pembebanan biaya diperlukan metode yang tepat untuk menelusuri biaya yang dikonsumsi oleh objek biaya agar biaya dapat dibebankan secara akurat ke dalam objek biaya tersebut. Metode yang digunakan dalam

proses penelusuran biaya tersebut adalah metode penelusuran langsung (*direct tracing*) dan metode penelusuran dengan menggunakan penggerak (*driver tracing*). Penelusuran langsung (*direct tracing*) merupakan proses pengidentifikasian dan pembebanan biaya yang berkaitan secara khusus dan fisik dengan suatu objek, sedangkan penelusuran dengan menggunakan penggerak (*driver tracing*) adalah penggunaan penggerak untuk membebankan biaya pada objek biaya yang biasanya menggunakan hubungan sebab akibat diantara biaya dan objek biaya sebagai faktor penyebab perubahan dalam penggunaan sumber daya.

Kedua metode tersebut sangat mudah diaplikasikan dengan menggunakan biaya langsung (*direct cost*), namun untuk jenis biaya tidak langsung (*indirect cost*) memerlukan metode tersendiri dalam proses penelusuran biayanya. Sebagai biaya yang tidak mudah untuk ditelusuri, biaya tidak langsung (*indirect cost*) menggunakan metode alokasi (*allocation*) dalam proses penelusuran biayanya. Perhitungan biaya di klinik melibatkan kedua komponen biaya yakni biaya langsung (*direct cost*) dan biaya tidak langsung (*indirect cost*). Oleh karena itu, proses alokasi yang tepat sangat dibutuhkan dalam perhitungan biaya yang ada di klinik.

2.4.3. Metode Alokasi Biaya

Metode alokasi ini muncul karena adanya biaya bersama (*common cost*). Biaya bersama merupakan jenis biaya yang memberikan manfaat bersama ketika sumber daya yang sama digunakan untuk lebih dari dua *output*. Metode alokasi ini

juga sering digunakan dalam proses penentuan biaya yang melibatkan lebih dari dua departemen, baik departemen produksi maupun departemen jasa.

Menurut William K carter (2009) departemen produksi (*producing department*) merupakan departemen penghasil produk dengan mengubah bentuk atau sifat dari bahan baku atau dengan merakit sebuah komponen, sedangkan departemen jasa (*service department*) merupakan departemen yang memberikan pelayanan yang berkontribusi secara tidak langsung terhadap produksi produk, tetapi tidak mengubah bentuk rakitan maupun sifat dari bahan baku.

Departemen jasa (*service department*) sering juga disebut dengan departemen pendukung (*support department*). Ada berbagai macam metode yang digunakan dalam proses alokasi. Beberapa metode alokasi tersebut adalah alokasi metode langsung (*direct method*), metode alokasi bertahap (*step method*) dan metode simultan (*simultaneous method*). Adapun penjabaran dari metode tersebut adalah sebagai berikut:

a. Metode Langsung (*Direct Method*)

Metode ini adalah metode yang paling sederhana pelaksanaan perhitungannya. Hansen dan Mowen (2009:376) mendefinisikan metode langsung sebagai proses pengalokasian biaya Departemen Pendukung hanya ke Departemen Produksi. Tidak jauh berbeda dengan Hansen dan Mowen, William K.Carter (2009:485) juga mendefinisikan alokasi metode langsung merupakan proses alokasi biaya departemen jasa hanya ke departemen produksi saja. Definisi serupa juga diungkapkan oleh Rairborn dan Kinney (2011:165) yaitu alokasi metode langsung proses

pengalokasian biaya departemen pendukung hanya pada area yang beroperasi.

Pada dasarnya ketiga definisi mengenai metode langsung memiliki persamaan yakni pengalokasian biaya departemen pendukung atau departemen jasa hanya ke departemen produksi saja. Proses pendistribusian biaya seperti ini, dalam ilmu kesehatan yang disebut dengan metode *simple distribution*. Secara garis besar metode *simple distribution* merupakan proses distribusi biaya-biaya yang dikeluarkan dipusat biaya penunjang, langsung ke berbagai pusat biaya produksi. Distribusi ini dilakukan satu persatu dari masing-masing pusat biaya penunjang. Tujuan distribusi dari suatu unit penunjang tertentu adalah unit-unit produksi yang relevan, yaitu yang secara fungsional diketahui mendapat dukungan dari unit-unit penunjang tertentu tersebut.

Kelebihan dari cara ini adalah kesederhanaannya sehingga mudah dilakukan. Namun kelemahannya adalah asumsi dukungan fungsional hanya terjadi antara unit penunjang dan unit produksi, sedangkan dalam praktek diketahui bahwa antara sesama unit penunjang bisa juga terjadi transfer jasa.

b. Metode Bertahap (*Step Method*)

Untuk menggunakan alokasi metode bertahap, pengurutan berbasis manfaat harus ditentukan terlebih dahulu. Urutan tersebut biasanya ditentukan berdasarkan jumlah jasa yang diberikan dan diterima. Penentuan urutan yang berbeda akan memberikan hasil yang berbeda pula, sehingga

penentuan urutan sangat penting dilakukan ketika menggunakan metode ini. Alokasi metode bertahap sebagai proses pendistribusian biaya dari department jasa berdasarkan urutan tertentu, yaitu urutan yang ditetapkan oleh departemen. William K. Carter (2009:485) mendefinisikan metode ini sebagai metode sekuensial (*sequential method*) yakni metode yang mendistribusikan biaya dari departemen jasa dengan urutan yang telah ditentukan sebelumnya. Sekali biaya didistribusikan dari suatu departemen jasa, tidak ada biaya departemen jasa lain yang dibebankan kembali ke departemen tersebut dalam langkah berikutnya. Keunggulan dari metode ini dibandingkan metode langsung adalah metode ini mengakui secara parsial jasa yang diberikan oleh suatu departemen jasa ke departemen jasa lainnya. Sebaliknya, metode langsung mengabaikan hubungan timbal balik tersebut.

Sama halnya dengan metode langsung (*direct method*) yang dalam ilmu kesehatan disebut *simple distribution method*, alokasi metode bertahap (*step method*) juga memiliki istilah tersendiri dalam ilmu kesehatan. Alokasi metode bertahap (*step method*) disebut dengan *Step Down Method*. Sama halnya dengan alokasi metode bertahap, untuk mengatasi kelemahan dari metode *simple distribution*, maka dikembangkan distribusi anak tangga (*step down method*).

Dalam metode anak tangga (*step down method*) ini alokasi dilakukan berdasarkan distribusi biaya unit penunjang lain dan unit produksi. Caranya adalah distribusi biaya dilakukan secara berturut-turut, dimulai dengan unit

penunjang yang biasanya terbesar. Biaya unit penunjang tersebut didistribusikan ke unit-unit lain (*penunjang dan produksi yang relevan*). Kemudian dilanjutkan dengan distribusi biaya dari unit penunjang lain yang biasanya nomor dua terbesar. Proses tersebut dilakukan sampai semua biaya dari unit penunjang habis didistribusikan ke unit produksi. Dalam metode ini, biaya yang didistribusikan dari unit penunjang kedua, ketiga, keempat dan seterusnya mengandung dua elemen biaya, yaitu biaya asli unit penunjang yang bersangkutan ditambah dengan biaya yang diterima dari unit penunjang lainnya. Kelebihan dari metode ini adalah sudah dilakukan distribusi dari unit penunjang ke unit penunjang lainnya. Namun, distribusi ini sebetulnya belum sempurna karena distribusi ini hanya terjadi satu pihak. Padahal pada kenyataannya bisa terjadi adanya hubungan timbal balik.

Metode *Step Down* mengalami berbagai perkembangan dan kemudian dimodifikasi menjadi metode baru yakni metode Distribusi Ganda (*Double Distribution Method*). Nilly Sulistyorini (2012) dalam jurnalnya yang berjudul Analisis Biaya Unit Pelayanan Otopsi dengan Metode Distribusi Ganda mengungkapkan bahwa secara garis besar, metode ini hampir sama dengan metode *Step Down*, perbedaannya hanya terletak pada cara alokasi biaya yang dilakukan dalam dua tahapan. Pada tahapan pertama dilakukan distribusi yang dikeluarkan dari unit penunjang ke unit penunjang lain dan unit produksi.

Hasilnya, sebagian biaya unit penunjang sudah didistribusikan ke unit produksi, akan tetapi sebagian masih berada di unit penunjang. Artinya, ada biaya yang tertinggal di unit penunjang, yaitu biaya yang diterima dari unit penunjang lainnya. Biaya yang masih berada di unit penunjang ini dalam tahap selanjutnya didistribusikan ke unit produksi, sehingga tidak ada lagi biaya yang tersisa di unit penunjang. Karena metode ini dilakukan dua kali distribusi biaya, maka metode ini dinamakan metode distribusi ganda. Kelebihan dari metode ini yaitu sudah dilakukan distribusi dari unit penunjang ke unit penunjang lainnya, dan sudah terjadi hubungan timbal balik antara unit penunjang ke unit penunjang lain secara fungsional. Metode ini dianggap cukup akurat dan relatif mudah dilaksanakan.

c. Metode Stimultan (*Simultaneous Method*)

Metode Stimultan merupakan modifikasi dari metode bertahap. Metode ini sering disebut dengan alokasi metode aljabar (*algebraic method*) atau disebut dengan metode alokasi timbal balik (*reciprocal method*). Metode stimultan atau metode aljabar merupakan sebuah metode alokasi yang mempertimbangkan secara lengkap hubungan timbal balik antara semua departemen jasa (Carter, 2009:488).

Sedangkan Rairborn dan Kinney (2009:169) menyebut metode ini dengan sebutan metode aljabar. Metode aljabar didefinisikan sebagai metode yang mengakui semua hubungan timbal balik antara departemen dan tidak ada keputusan yang harus dibuat tentang urutan pesanan

departemen pendukung. Metode aljabar melibatkan formulasi sejumlah persamaan yang merefleksikan layanan timbal balik di antara departemen.

Berbeda dengan kedua definisi diatas Hansen dan Mowen (2009;381) menyebut metode ini sebagai metode alokasi timbal balik (*reciprocal*). Namun, sesungguhnya metode timbal balik (*reciprocal*) tersebut memiliki definisi yang hampir sama dengan metode simultan ataupun aljabar. Metode alokasi timbal balik (*reciprocal*) mengakui semua interaksi antar Departemen Pendukung. Dalam metode tersebut, pemakaian suatu Departemen Pendukung oleh departemen menentukan biaya total tiap Departemen Pendukung, dimana biaya total tersebut mencerminkan interaksi antar – Departemen Pendukung.

Sama halnya dengan metode – metode sebelumnya. Dalam ilmu kesehatan, metode ini memiliki istilah yang berbeda. Nilly Sulistyorini (2012) dalam jurnalnya yang berjudul Analisis Biaya Unit Pelayanan Otopsi dengan Metode Distribusi Ganda mengungkapkan bahwa dalam ilmu kesehatan, metode ini disebut dengan *Multiple Distribution Method*. Dalam metode ini, distribusi biaya dilakukan secara lengkap, yaitu antara sesama unit penunjang, dari unit penunjang ke unit produksi, dan antara sesama unit produksi yang memiliki hubungan fungsional. Dapat dikatakan bahwa *multiple distribution method* pada dasarnya adalah *simple distribution method* ditambah dengan alokasi antara sesama unit produksi. Hasil akhir distribusi biaya ini adalah pembagian habis biaya di unit penunjang ke berbagai unit produksi. Maka disetiap unit produksi, terhitung

“biaya total” yang terdiri dari biaya yang digunakan langsung di unit produksi tersebut dan biaya tidak langsung yang didistribusikan kepada unit produksi bersangkutan.

2.4.4. Langkah-Langkah Perhitungan Biaya Satuan

Agar perhitungan biaya di suatu rumah sakit dapat dilakukan dengan baik dan dikerjakan dengan efisien, menurut Ade Fatma Lubis dalam bukunya yang berjudul *Ekonomi Kesehatan* (2009 ;99) diperlukan langkah-langkah yang secara garis besar dijabarkan sebagai berikut:

a. Penentuan Pusat Biaya

Pusat biaya adalah unit yang menyerap biaya rumah sakit. Seluruh bagian klinik harus dibagi habis ke dalam berbagai pusat biaya. Secara garis besar, pusat biaya klinik dibagi menjadi pusat biaya produksi dimana biaya-biaya langsung terpakai dan pusat biaya penunjang, dimana biaya-biaya tidak langsung terpakai

b. Pengumpulan Data Biaya

Tahapan selanjutnya pengumpulan data biaya. Data biaya dikumpulkan dari semua sumber yang ada, baik dari laporan keuangan maupun perincian biaya di setiap pusat biaya. Data biaya meliputi data biaya investasi, yang diukur dengan membuat daftar semua investasi rumah sakit, termasuk gedung serta mencatat harga pengadaannya, waktu pembelian dan masa

pakainya. Kemudian data biaya operasional meliputi obat dan bahan medis, bahan habis pakai, bahan makanan dan biaya operasional lainnya.

c. Perhitungan Biaya Asli

Perhitungan dimulai dengan mengumpulkan data dari setiap pusat biaya klinik sebagai dasar distribusinya. Misalnya adalah luas lantai, jumlah personil, jumlah *output* (pelayanan/tindakan/hari rawat)

d. Pendistribusian Biaya

Tahap ke empat dari perhitungan biaya satuan adalah proses pendistribusian biaya. Proses ini dilakukan dengan memindahkan biaya asli disetiap unit penunjang ke setiap unit produksi yang terkait. Pada dasarnya unit penunjang akan memindahkan biaya aslinya secara berbeda jumlahnya ke unit produksi terkait. Apabila seluruh biaya asli unit penunjang telah dipindahkan ke unit produksi terkait, maka tidak ada lagi biaya tersisa di satu unit penunjang

2.4.5. Manfaat Perhitungan Biaya Satuan

Secara garis besar manfaat utama dari perhitungan biaya satuan, menurut Ade Fatma Lubis (2009;98) yaitu:

a. *Pricing*

Informasi biaya satuan sangat penting dalam penentuan kebijaksanaan tarif klinik. Dengan diketahuinya biaya satuan (*Unit cost*), dapat diketahui apakah tarif sekarang mengalami kerugian atau keuntungan.

b. *Budgeting/Planning*

Informasi jumlah biaya (*total cost*) dari suatu unit produksi dan biaya satuan (*unit cost*) dari tiap-tiap *output* klinik sangat penting untuk alokasi anggaran dan untuk perencanaan anggaran.

c. *Budgetary Control*

Hasil analisis biaya dapat dimanfaatkan untuk memonitor dan mengendalikan kegiatan operasional klinik.

d. *Evaluasi dan Pertanggungjawaban*

Analisis biaya bermanfaat untuk menilai performance keuangan klinik secara keseluruhan, sekaligus sebagai pertanggung jawaban kepada pihak-pihak berkepentingan.

